DU RAPPORT QUI EXISTE

ENTRE LES

KYSTES DE L'OVAIRE ET LE LIGAMENT LARGE

SES CONSÉQUENCES A PROPOS DE L'OVARIOTOMIE [1]

Par le Dr TERRILLON.

Les adhérences que les kystes de l'ovaire peuvent contracter avec les parties voisines ont toujours joué un rôle important dans la pratique de l'ovariotomie. Toutefois les inconvénients pouvant résulter des adhérences péritonéales tant au point de vue opératoire qu'au point de vue des accidents consécutifs ont été exagérés.

Nous savons maintenant, et les opérations pratiquées journellement dans ces conditions tendent à prouver que l'étendue de ces adhérences ne constitue qu'un inconvénient relativement peu grave, à moins qu'on ne puisse les détruire par la dissection, ce qui constitue une exception; mais leur destruction demande souvent beaucoup de patience et de sagacité de la part du chirurgien pour éviter la lésion de l'intestin et surtout de la vessie. Des vaisseaux volumineux contenus dans l'épaisseur des brides peuvent quelquefois nécessiter des ligatures nombreuses; les difficultés opératoires de cette nature sont faciles à surmonter.

Ces détails sont bien connus; et actuellement tout chirurgien qui entreprend une ovariotomie ou une hystérectomie doit être familiarisé avec ces complications possibles et doit s'attendre à les rencontrer même lorsqu'aucun signe n'avait pu les faire soupçonner dans l'examen clinique.

Mais, en dehors des adhérences proprement dites qui sont dues à des inflammations partielles ou totales du péritoine ayant réuni la surface du kyste aux parties voisines, il existe une autre variété de moyens d'union de ces parties. En effet, la tumeur ovarienne peut contracter avec les parties voisines, en dehors de toute inflamma-

1. Un résumé de ce mémoire a été lu devant la Société de chirurgie, séance du 27 juin 1883.

tion, des rapports tels que la dissection devient difficile, souvent même impossible. Ce n'est plus alors l'inflammation qui est la cause de ces rapports insolites ou dangereux, c'est le mode de développement de la tumeur elle-même. Au lieu de s'étaler librement dans l'abdomen et de flotter dans la cavité péritonéale comme l'ovaire où il a pris naissance, en ne conservant avec les organes voisins que les moyens d'union ordinaires de cet organe, le kyste s'est infiltré en partie dans le ligament large. En se développant, le tissu propre de ce kyste a dépassé les limites de l'ovaire au niveau du pédicule de cet organe; il a rencontré les deux feuillets du ligament large, entre lesquels il s'est logé sans trop grande résistance.

Dans la plupart des cas, un lobe seul du kyste ovarique, celui qu'on pourrait appeler inférieur, évolue dans cette direction. Pendant ce temps, les autres parties s'accroissent du côté de la cavité péritonéale et peuvent prendre un grand développement.

On a bientôt, de cette façon, une tumeur composée de deux parties distinctes, l'une supérieure, libre dans le péritoine, ordinairement beaucoup plus volumineuse, l'autre cachée dans le ligament large qui la recouvre de tous côtés.

Les conséquences de ce développement insolite de la tumeur, qui a ainsi quitté son lieu d'origine, sont faciles à comprendre si l'on se reporte à l'anatomie de la région. A mesure que le kyste s'étend en dédoublant les deux feuillets du péritoine, il tend à se mettre en contact, d'une part avec les parties latérales de l'utérus, de la vessie et la portion supérieure du cul-de-sac vaginal, d'autre part avec les parois du bassin, les vaisseaux et nerfs iliaques et même avec l'uretère. Les rapports étant directs sans l'intermédiaire du péritoine, les tissus tendent à se confondre, et à la longue il se produit une véritable adhérence. Dès lors, une circulation commune s'établit : d'où échange de vaisseaux entre la partie envahie et le kyste. Celui-ci se développe et augmente toujours, grâce à cette vascularisation qui lui donne une vitalité plus grande. Il est facile de comprendre comment, dans ces conditions, les sections qui, pendant l'opération, viendront intéresser ce tissu vasculaire intermédiaire donneront une grande quantité de sang et seront susceptibles d'amener des complications opératoires.

Il est utile d'ajouter que, avant d'arriver à cette période d'adhérence vraie, d'intimité de tissu et de circulation, le prolongement kystique est pour ainsi dire libre dans l'épaisseur du ligament large. Les feuillets de celui-ci peuvent glisser facilement sur la surface de la tumeur; un tissu cellulaire lâche les sépare ou les unit mollement. La conséquence naturelle de cette disposition au point de vue opé-

ratoire est facile à saisir; il suffira de pratiquer une dissection des feuillets du ligament étalés à la surface de la tumeur, en un mot une énucléation véritable, pour permettre l'extirpation du kyste.

Avant d'entreprendre la description de ces kystes infiltrés du ligament large et d'étudier les complications qu'ils introduisent dans le manuel opératoire, je crois utile de faire remarquer que je ne m'occupe ici que des kystes proprement dits (kystes multiloculaires), développés aux dépens de l'ovaire.

Il existe en effet une variété de kystes, les *kystes para-ovariens*, développés aux dépens de l'organe de Rosenmüller et occupant primitivement l'épaisseur du ligament large. Ils sont situés en dehors de l'ovaire, se développent en dédoublant les feuillets du ligament large et arrivent à se mettre en contact plus ou moins intime avec la vessie et l'utérus. Leur énucléation devient ainsi quelquefois assez difficile, souvent même impossible.

Il y a donc là, malgré l'apparence d'une structure identique et l'analogie du siège dans le ligament large, des différences capitales qui m'obligent à écarter cette variété de kystes de la description qui va suivre. Nous verrons en effet, plus loin, que, lorsqu'un kyste multiloculaire s'infiltre en partie dans le ligament large, il provoque par sa présence des modifications surtout du côté des vaisseaux; celles-ci n'existent pas ordinairement pour les kystes para-ovariens.

Je ferai remarquer toutefois qu'un grand nombre des détails de cette description pourront se rapporter aux kystes para-ovariques, à cause de la façon identique dont ils sont recouverts par le péritoine et de leur même procédé d'infiltration au-dessous de cette membrane, soit du côté des organes contenus dans le bassin, soit du côté du mésentère.

Ces mêmes remarques s'appliquent aussi aux fibromes de l'utérus qui se développent dans le tissu cellulaire du ligament large; leurs connexions avec le péritoine et les parties voisines peuvent en rendre l'extraction très difficile.

Je considère cependant comme très importante cette distinction entre les kystes proprement dits de l'ovaire, qui s'enclavent dans le ligament large, et les kystes para-ovariens, qui y naissent. Mais je tiens à faire remarquer encore que la distinction entre les adhérences inflammatoires qui unissent la surface du kyste avec les parties voisines, et l'infiltration de la tumeur entre les deux feuillets du péritoine avec lesquels elle s'unit plus ou moins intimement, a une plus grande importance encore. Elle nous permettra plus tard de comprendre comment on peut arriver à choisir entre deux opérations différentes pour enlever ces tumeurs.

Cette même idée m'a encouragé à publier ce travail d'ensemble sur cette question, peu connue jusqu'à présent. Dans les auteurs classiques français ou étrangers, ces notions sont le plus souvent méconnues, et il existe une confusion regrettable entre ces différents états des tumeurs ovariennes. La lecture des observations nous en donne une preuve très fréquente.

Les principaux articles que j'ai pu trouver sur ce sujet sont peu étendus et manquent souvent de détails complets.

Hegar et Kaltenbach, dans leur *Traité des opérations de la gynécologie* (Stuttgard, 1881), indiquent et discutent les procédés d'extirpation.

Karl Schrœder (*Zeitsch f. Geburt. Gynec.*, Heft 2, p. 265, 1878) étudie aussi les opérations qui ont pour but d'enlever des kystes développés dans l'épaisseur du ligament large, et il s'appuie beaucoup sur l'autorité de Hegar et Kaltenbach.

Muller, de Berne (*Corresp. Blatt für Schwiz.*, 1er et 15 oct. 1879, p. 569-607), parle aussi des difficultés opératoires; mais il semble confondre les adhérences par péritonite dans le bassin avec la véritable infiltration dans le ligament large.

Kœberlé parle de cette disposition, mais d'une façon incidente dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (article Ovariotomie, t. XXV, p. 604), à propos des accidents qui peuvent arriver du côté de l'uretère quand on cherche à enlever le kyste enclavé dans le ligament large.

Péan, dans ses *Cliniques*, t. I, parle également de l'infiltration dans le ligament large, mais surtout à propos des tumeurs fibreuses.

Urdy, dans sa thèse sur le *Manuel opératoire des cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie* (Paris, 1874), confond les adhérences inflammatoires avec l'adhérence produite par l'infiltration du kyste dans l'épaisseur du ligament large, et il faut rechercher avec soin dans les observations qu'il publie pour trouver la description de cette disposition spéciale pendant le cours de l'opération.

J'ai été étonné de ne trouver aucune mention de l'infiltration des kystes multiloculaires dans le ligament large, ni dans le travail de Gallez, ni dans le livre de Spencer Wells.

Ces préliminaires importants étant bien établis, j'étudierai successivement le mode de développement des kystes qui s'infiltrent dans le ligament large et les modifications que celui-ci subit sous l'influence de cet envahissement.

Nous verrons ensuite s'il est possible de diagnostiquer cette disposition du kyste ovarien, et les conséquences qu'elle peut avoir au point de vue de l'opération.

Enfin je terminerai par l'étude des procédés opératoires qui peuvent lui être opposés avec succès, en insistant sur l'opération incomplète et les soins consécutifs qu'elle réclame.

Pour donner plus d'autorité aux préceptes que j'exposerai d'après la pratique des chirurgiens qui ont publié des observations de ce genre et d'après la mienne, je publierai trois observations personnelles qui montreront les principaux types qu'on peut rencontrer dans la pratique.

Mode de développement. — Lorsqu'une partie plus ou moins volumineuse d'un kyste de l'ovaire descend du côté du ligament large, elle peut suivre deux directions différentes. Tantôt elle descend verticalement entre les deux feuillets du ligament, occupant ainsi le petit bassin et ayant une tendance à se mettre en rapport avec l'utérus et la vessie d'une part et de l'autre avec les parois mêmes du bassin et le rebord du détroit supérieur. Tantôt, au contraire, elle se porte en arrière, ne soulevant que le feuillet postérieur du ligament large et effaçant le ligament de Douglas, qui est déplacé. Dans cette direction, la tumeur rencontre le sacrum et va, en soulevant le péritoine, s'appliquer contre la partie terminale de la colonne vertébrale. Si elle a pris son origine du côté gauche, elle ira rencontrer le feuillet du mésentère, s'infiltrer dans son épaisseur et arriver ainsi au contact de l'intestin grêle. Pendant cette évolution, ses rapports pourront devenir très intimes avec le rectum et l'S iliaque.

Dans les cas où la tumeur occupe primitivement le ligament large du côté droit, elle pourra, en soulevant le péritoine et en effaçant ainsi progressivement les culs-de-sac, se mettre en rapport avec le cœcum et soulever cet organe en le poussant en avant et en haut, contre la paroi abdominale.

Schrœder[1], dans un article paru dans les *Archives de génécologie allemandes*, 1878, établit cette distinction entre les deux modes de progression de la tumeur, distinction nécessitée non seulement par les rapports que la tumeur peut contracter avec les parties voisines, mais aussi par les difficultés opératoires, qui varient suivant que la tumeur reste latérale ou que, au contraire, elle se porte en arrière.

Quand on parcourt les observations déjà très nombreuses qui donnent des détails suffisants sur ce mode d'évolution de certains kystes de l'ovaire, on retrouve facilement ces deux types principaux avec toutes les variétés intermédiaires.

En effet, les éléments qui jouent le plus grand rôle pour produire les variétés sont, d'une part la direction primitivement prise par le

1. Karl Schrœder, *Zeitsch. f. Geburt. Gyn.*, Heft 2, p. 365, 1878.

prolongement sous-péritonéal, et d'autre part le volume de ce prolongement. Ce n'est que lorsque le kyste a acquis une importance suffisante et qu'il occupe une place déjà appréciable dans le petit bassin, que ses rapports s'établissent et se complètent à mesure que l'évolution continue. On peut même dire que l'importance de la tumeur, au point de vue chirurgical, ne commence que quand son volume est assez notable pour gêner la décortication et la rendre périlleuse.

Le développement de la tumeur ovarique, en partie dans la cavité péritonéale, en partie dans l'épaisseur du ligament, constitue la variété la plus fréquente. Il est très rare que le kyste de l'ovaire plonge entièrement dans le ligament de façon à être coiffé totalement par le péritoine. Cependant Schrœder semble avoir vu un cas de cette nature, qui était bien un kyste multiloculaire et non un kyste para-ovarien.

Déplacement des organes. — Nous venons de voir que la tumeur qui se développe dans l'épaisseur du ligament large vient se mettre plus ou moins rapidement en contact avec les parties latérales de l'utérus ou de la vessie. Les adhérences qu'elle contracte avec ces organes s'établissent après quelque temps.

Mais là ne se bornent pas les désordres qui sont la conséquence de ces rapports insolites.

Si la tumeur n'est pas encore volumineuse, il n'y aura qu'une légère déviation de l'utérus, repoussé du côté opposé ainsi que la partie latérale de la vessie; le cul-de-sac vaginal sera même à peine effacé.

Tels sont les seuls désordres du début.

Bientôt, grâce aux adhérences intimes avec les organes, ceux-ci devront suivre la tumeur dans son développement. Or cette tumeur, prenant un point d'appui sur le plancher pelvien, tend à monter vers l'abdomen, entraînant l'utérus, qui remonte en totalité, mais en conservant le plus souvent sa déviation latérale. La paroi vésicale suit le même mouvement ascensionnel; elle remonte ainsi jusqu'à 5, 10, 15 centimètres du pubis, adhérant à la tumeur, recouverte par le péritoine et exposée pour cette raison aux blessures par les instruments qui servent à la décortication.

Ce fait s'est déjà présenté plusieurs fois.

L'ascension des organes adhérents peut être le résultat d'un autre mode d'évolution. Si le prolongement inclus dans le ligament large est peu volumineux, il sera entraîné en haut par la tumeur principale, qui, située au-dessus du petit bassin, se développe franchement dans le ventre et tend à se maintenir, avec ses annexes, au-dessus du détroit supérieur. Cette ascension se produit par un

mécanisme assez semblable à celui qui amène l'élévation de l'utérus pendant la grossesse lorsque l'organe est dans l'abdomen après avoir abandonné le bassin.

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte, en suivant ces différentes modifications de voisinage, de quelle façon peuvent varier ces positions nouvelles et quelles doivent être les déviations subies par l'utérus et la vessie.

Le rectum est rarement influencé d'une façon aussi manifeste ; il est le plus souvent simplement comprimé par la tumeur lorsque celle-ci se porte en arrière au lieu de rester latérale.

L'uretère est quelquefois comprimé contre le détroit supérieur ou contre le plancher pelvien, et c'est dans ce cas qu'on a signalé des accidents urémiques dus à la présence d'une tumeur ovarique.

Kœberlé, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (page 604), dit que les uretères, grâce à leurs connexions avec le kyste ainsi enclavé, peuvent être blessés par inadvertance. Il cite un cas de ce genre rapporté par Sims en 1870.

Modifications du ligament large ainsi dédoublé et coiffant la tumeur. — Les ailerons du ligament large prennent un aspect violacé, qui résulte de la présence d'un grand nombre de vaisseaux très volumineux, sous-jacents à la séreuse et faisant saillie à sa surface, qu'ils soulèvent. Ils ont été signalés par plusieurs auteurs. Cet état des vaisseaux vient de ce que le tissu cellulaire contenu dans l'épaisseur du ligament large, s'épaississant, augmentant de vitalité, les veines qui y sont contenues subissent la même évolution.

En résumé, tout l'ensemble de l'appareil qu'on décrit sous le nom de ligament large s'hypertrophie, en même temps qu'il augmente d'étendue en s'étalant à la surface de la tumeur et à mesure que celle-ci prend un plus grand développement.

Il est curieux de constater alors la différence entre ces cas et ceux dans lesquels le kyste primitivement *para-ovarien* et ayant son origine dans l'épaisseur du ligament ne peut augmenter de volume qu'à condition d'en dédoubler les feuillets. Ici, le ligament semble s'allonger en s'amincissant ; son épaisseur diminue ou du moins n'augmente pas ; sa vascularité reste la même ou diminue. Aussi, quand on peut énucléer ces kystes, on est étonné de la minceur de la couche périonéale qui les recouvre et de l'absence de vaisseaux volumineux. Il faut ajouter, pour expliquer cette différence, encore plus manifeste lorsqu'il existe un corps fibreux, que ces phénomènes paraissent dus à la vitalité plus grande de ces tissus (kystes multiloculaires souvent végétants, ou myomes utérins). La circulation propre de ceux-ci étant plus active, quand cette circulation puise dans le ligament large des

racines nouvelles, ces racines provoquent un développement exagéré des vaisseaux utéro-ovariens, d'où résulte la disposition que nous avons vue plus haut.

Les conséquences de cette vascularité double, l'une venant du pédicule de la tumeur, l'autre de ses connexions dans l'épaisseur du ligament large, sont importantes à retenir. Grâce à elles, les parois de la poche kystique enclavée sont si vasculaires que, chez une de mes opérées, j'ai été obligé de laisser quinze pinces à forcipressure sur le bord de la partie restante, après avoir uni cette partie par des sutures au pourtour de la paroi abdominale.

Quand la tumeur se prolonge dans le mésentère, celui-ci présente des modifications analogues.

M. F. Terrier a indiqué (*Soc. de chir.*, séance du 4 juin 1883) un détail anatomique d'une certaine importance, que j'avais remarqué également dans le cours d'une extirpation totale que j'ai pratiquée (obs. I).

Au lieu d'avoir un seul pédicule vasculaire, venant des vaisseaux ovariens, ces kystes en ont deux latéraux. L'un, externe, le plus volumineux, est formé par la réunion des vaisseaux utéro-ovariens : c'est le pédicule vasculaire ordinaire. L'autre, interne, est constitué par les vaisseaux utérins provenant surtout de l'angle de l'utérus. Ces vaisseaux se sont dilatés, ont pris une plus grande extension et servent à la nutrition du prolongement kystique infiltré dans le ligament. Ils sont une des causes principales de la difficulté qu'on éprouve à pratiquer la décortication.

En effet, comme le fait remarquer M. F. Terrier, ces pédicules vasculaires sont tantôt faciles à disséquer, à isoler et à lier ; tantôt au contraire ils sont tellement confondus dans les tissus voisins qu'il faut lier les vaisseaux à mesure qu'ils se présentent, sans pouvoir former un véritable pédicule.

Diagnostic. — Il serait de la plus grande importance qu'on pût diagnostiquer avec une grande certitude cette disposition du prolongement inférieur de la tumeur ovarienne.

On ne peut compter, pour arriver à ce résultat, que sur le toucher vaginal ou rectal uni à la palpation abdominale.

D'après ce que nous a appris le développement de la tumeur et d'après l'étude de ses rapports et de ses connexions avec les organes voisins, voici les signes principaux que nous donnera le toucher vaginal.

Quand le kyste est peu volumineux, on trouve seulement une tumeur arrondie, que le doigt peut atteindre facilement en déprimant le cul-de-sac latéral ; elle est à peine sensible dans le cul-de-sac pos-

térieur. L'utérus, déjà rejeté sur le côté opposé, est encore mobile.

Il n'y a donc aucun signe certain pour ces cas spéciaux, puisque dans un grand nombre de kystes de l'ovaire on a des signes analogues. Un seul pourrait avoir une certaine valeur : ce serait le contact facile, par le cul-de-sac latéral du vagin, avec la tumeur qui lui correspond immédiatement. Cette constatation permettrait de croire à la présence du prolongement dans l'épaisseur du ligament large. Mais il faut bien reconnaître que, dans cette première période, les signes ne sont pas assez certains pour permettre d'affirmer cette complication.

Plus tard, on trouvera l'utérus dévié du côté opposé, élevé au-dessus du bassin au point de ne pouvoir être atteint avec le doigt qu'avec difficulté, et immobilisé presque complètement. Le toucher vaginal donnera la sensation d'une tumeur arrondie, le plus souvent fluctuante, occupant le cul-de-sac latéral, quelquefois le cul-de-sac postérieur, et se continuant manifestement avec la tumeur abdominale plus volumineuse.

Le toucher rectal rendra encore plus facile l'examen de la partie saillante de la tumeur et montrera mieux ses connexions intimes avec l'utérus, à moins qu'elle n'occupe une situation trop élevée dans le bassin.

La réunion de ces signes ne permet pas cependant d'affirmer complètement la position du kyste dans l'épaisseur du ligament large. Deux causes d'erreur sont à signaler.

Il peut en effet exister un simple enclavement de l'utérus par suite d'un prolongement du kyste qui, occupant le cul-de-sac postérieur et repoussant l'utérus par côté et en avant derrière le pubis, l'immobilise dans cette situation et simule ainsi une adhérence totale.

Spencer Wells, qui a vu des cas semblables, propose un moyen pour arriver à différencier ces deux états. Une ponction est pratiquée dans la tumeur principale intra-abdominale, et le kyste principal est vidé autant que possible. L'utérus peut retrouver par ce fait une faible mobilité, car le prolongement inférieur dans le bassin est moins comprimé.

Les manœuvres suivantes donnent une certitude encore plus marquée. Quelques jours après l'évacuation du kyste principal, on fait placer la malade sur les genoux, dans la position déclive par rapport au tronc, la tête le plus bas possible, le bassin étant au contraire relevé. Si alors on pratique le toucher vaginal, puis rectal, on sent la tumeur non adhérente se déplacer vers l'abdomen; l'utérus reprend sa mobilité. En cas d'adhérences, au contraire, l'utérus reste immobile et la tumeur ne se déplace pas.

Enfin il peut y avoir des adhérences véritables de nature inflammatoire entre l'utérus et le prolongement de la tumeur dans le bassin.

Ces adhérences ont même pu se produire au début du développement du kyste lorsqu'il occupait le bassin. L'organe est alors entraîné en haut avec le kyste quand celui-ci, devenu plus volumineux, remonte dans la cavité abdominale.

Sauf les antécédents de péritonite pelvienne, on a peu d'espoir de différencier facilement ces deux états et ces deux modes d'adhérence de l'utérus avec la tumeur. En raisonnant par analogie cependant, on peut affirmer que, quand les signes indiqués plus haut sont nettement constatés, il y a de nombreuses chances pour que le kyste soit infiltré dans le ligament large. Les adhérences pelviennes inflammatoires, en dehors de la péritonite bien caractérisée, sont relativement rares.

L'examen de la vessie pratiqué avec soin permettra de reconnaître, dans quelques cas, que cette cavité présente un prolongement qui remonte assez haut derrière le pubis et la paroi abdominale. On aura soin, pour faire cette exploration, de prendre une sonde de femme assez longue et de l'introduire de façon à contourner la face postérieure du pubis et à atteindre la face postérieure de la paroi abdominale. Cette constatation, jointe à celles qui sont fournies par le toucher vaginal, prend une grande importance pour indiquer l'adhérence de la vessie et l'ascension vers l'ombilic de sa partie supérieure.

Quant au diagnostic pendant le cours de l'opération de cette fâcheuse disposition du ligament large, il ne présente aucune difficulté sérieuse. La main, introduite dans l'abdomen, ordinairement après la diminution du volume du kyste intra-péritonéal succédant à une ponction, sent manifestement que le prolongement inférieur de la tumeur est adhérent au plancher pelvien; l'absence de pédicule est ainsi rendue évidente. La surface lisse des culs-de-sac qui arrêtent la main, l'absence de bride, l'impossibilité de dépasser la limite qu'on rencontre, indiquent bien qu'il s'agit d'une réflexion du péritoine sur la tumeur et non pas d'une adhérence par inflammation.

En même temps, on se rend compte facilement de l'étendue de la partie infiltrée et de ses rapports avec l'utérus et même la vessie. L'introduction d'un cathéter dans la cavité de cet organe pendant l'opération ne doit jamais être négligée, car elle permet d'éviter bien des erreurs, et surtout la blessure de ses parois. Celle-ci, sans être absolument grave, est toujours un accident fâcheux [1].

1. Pozzi, *Annales des maladies des organes génito-urinaires,* mai 1883.

Grâce à l'exploration manuelle, on trouvera exactement quelle est la limite de réflexion du péritoine sur la tumeur; si elle se prolonge sous le mésentère, l'intestin sera soulevé, et on ne pourra sentir la colonne vertébrale. Mais si les connexions du kyste enclavé existent avec la paroi latérale du bassin, la main rencontrera, au niveau du détroit supérieur, le cul-de-sac péritonéal formé par la réflexion de la séreuse se portant de la tumeur sur la fosse iliaque.

Un exemple très net de la nécessité de cette exploration est fourni par une observation d'ovariotomie incomplète, citée par M. F. Terrier dans le travail mentionné plus loin.

Il serait assurément utile, quand l'abdomen est ouvert, d'avoir quelques renseignements sur l'adhérence plus ou moins intime des feuillets du péritoine ou des organes voisins avec la surface du kyste enclavé. On ne peut avoir malheureusement que des présomptions sur la solidité ou l'intimité réciproque de ces adhérences.

Le volume de la tumeur enclavée, son ancienneté, peuvent constituer des présomptions, car nous avons vu, en nous occupant du développement, que plus la tumeur remplit l'espace existant entre les deux feuillets du ligament, plus les rapports avec la vessie, l'utérus ou le bassin sont intimes et plus l'adhérence sera solide. Mais cela n'a rien d'absolu, et, pour être certain que la tumeur pourra être enlevée ou énucléée facilement, il faut commencer la dissection, qui seule peut nous éclairer sur ce point.

Pronostic. — L'absence de pédicule étant une des conséquences obligées de l'enclavement du kyste dans le ligament large, le pronostic de cette variété est naturellement beaucoup grave que celui des kystes pédiculés, même quand ceux-ci s'accompagnent d'adhérences inflammatoires de moyenne étendue. Tous les détails dans lesquels nous sommes entrés pouvaient faire prévoir le résultat souvent fatal des opérations pratiquées dans le but d'enlever ces kystes.

Cependant, si la décortication peut s'opérer dans de bonnes conditions, la septicémie pourra être ordinairement évitée, et la guérison sera aussi facile, sinon aussi rapide que dans les opérations ordinaires.

Mais, lorsque l'opérateur a dû laisser une portion du kyste dans l'abdomen en le suturant aux parois abdominales, il doit redouter tous les accidents de la suppuration.

Dans ces conditions, malgré le drainage le plus complet, malgré les lavages antiseptiques les plus assidus, on se trouve dans les conditions des *opérations* dites *incomplètes*.

M. F. Terrier, dans un mémoire sur les *ovariotomies incomplètes*, en 1881, a démontré que ces opérations étaient le plus souvent déplo-

rables au point de vue des résultats [1]. Laissant de côté les kystes séreux du ligament large à parois simples et les kystes dermoïdes, qui ne nous occupent pas actuellement, il nous fait voir que les malades placés dans ces conditions, c'est-à-dire après ablation incomplète d'un kyste multiloculaire, échappent difficilement aux dangers qui les menacent pendant si longtemps.

Ces accidents multiples sont de plusieurs variétés et peuvent survenir à des périodes différentes du traitement : Au début, la septicémie ou l'infection purulente si le drainage n'a pu être effectué dans de bonnes conditions; la péritonite suppurée à marche lente insidieuse, qui résulte de la propagation de la suppuration kystique au péritoine à travers une paroi trop mince ou qui se déchire.

J'ai perdu une malade dans ces conditions et par ce mécanisme après une ablation incomplète; elle mourut vingt jours après l'opération.

Tels sont les dangers du début.

Plus tard, lorsque la crainte de ces premiers accidents s'est dissipée, on a à redouter d'autres complications, dues le plus souvent à la nature et à la constitution du kyste.

Si la poche kystique est simple ou à peu près, c'est-à-dire si sa paroi n'est tapissée que de quelques poches incomplètes rudimentaires, la suppuration, envahissant toutes ces parties, peut les faire rétracter, les combler petit à petit, et il n'y aurait à craindre que la persistance d'une fistule plus ou moins longue à tarir. Ces fistules durent plusieurs années, ou disparaissent assez rapidement en laissant après elles une guérison définitive et durable.

La poche kystique ne se présente malheureusement pas toujours dans ces conditions, qui sont à peu près celles des kystes para-ovariens à contenu limpide; souvent elle présente une structure compliquée, qui peut être la source de troubles variés. Des végétations se développant aux dépens de cette paroi ont une tendance à apparaître de nouveau, malgré la destruction qu'on leur a fait subir; elles repullulent avec abondance, comblant rapidement la cavité du kyste et donnant même au début la fausse apparence d'une guérison rapide. Mais bientôt elles apparaissent au dehors de la plaie, et, malgré les destructions les plus énergiques, leur développement toujours exagéré ne peut être maîtrisé. En même temps, ces végétations (kystes proliférants) se forment à l'extérieur de la paroi kystique dans le péritoine si elles n'existaient pas déjà auparavant, et remplissent l'abdomen en provoquant la formation d'une ascite qui affaiblit beaucoup les malades.

1. *Contribution à l'étude des résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire*, in *Revue de chirurgie*, 1881, t. I, p. 625.

Dans d'autres cas, les poches secondaires, se développant de nouveau, produisent une véritable récidive qui ne permet pas une opération nouvelle, seule capable de guérir la malade.

Il ne faut pas oublier non plus que l'autre ovaire, vérifié imparfaitement, pourra être lui-même le siège d'une récidive kystique, laquelle se présentera dans de mauvaises conditions opératoires.

Enfin, tant que la fistule persiste, on a à craindre le développement de la septicémie chronique et l'épuisement consécutif. Aussi arrivons-nous aux mêmes conclusions que M. F. Terrier avec les mêmes réserves à propos des kystes para-ovariques et dermoïdes, c'est-à-dire que ces opérations donnent des résultats très peu favorables.

Cette opinion résulte aussi des statistiques de Péan, de Kœberlé, de Spencer Wells et autres ovariotomistes.

Cependant Muller (de Berne) eut une série de six cas semblables dans lesquels il n'eut qu'une mort par péritonite, les malades ayant été suivies pendant assez longtemps.

Traitement et manuel opératoire. — Pour se rendre compte avec exactitude des difficultés que peut présenter l'opération dans ces conditions, il est nécessaire de faire une distinction entre les deux circonstances suivantes : ou bien le kyste enclavé est encore libre dans le ligament large, ce qui permet de l'enlever en totalité sans trop de difficultés, ou bien il a pris des connexions assez intimes avec les organes voisins pour qu'on ne puisse le séparer entièrement de ceux-ci. Nous allons passer en revue ces deux variétés.

1° *La tumeur infiltrée dans le ligament large n'a pas de connexion intime avec les organes voisins.* — Nous avons vu que, au début de sa formation ou même plus tard, quand il est devenu plus volumineux, le prolongement du kyste est pour ainsi dire libre dans le tissu cellulaire du ligament large. Il a bien soulevé le feuillet qui se continue avec le mésentère ou celui qui va tapisser la fosse iliaque; mais il n'est qu'à peine en contact avec les parois du bassin ou le bord de l'utérus.

La méthode d'ablation de ce genre de kyste est, pour cette raison, différente de celle qu'on suit ordinairement; car il n'y a aucun pédicule et, le plus souvent, aucune chance de pouvoir en former un. L'opération est donc par ce seul fait une opération compliquée, pour laquelle un nouveau mode d'intervention devient nécessaire, et c'est ce mode que nous appellerons la *décortication*. Il s'agit d'ouvrir largement le ligament large, et de séparer les deux feuillets qui recouvrent une partie de la tumeur, de façon à pouvoir énucléer celle-ci.

Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de bien se rendre compte

du mode de connexion de la tumeur avec son enveloppe péritonéale, et ce sera toujours facile, grâce à l'exploration manuelle qui peut être pratiquée hardiment. On pourra dans quelques cas user également du toucher vaginal.

Cette exploration est importante, car elle permet de décider dans quelle direction devra être commencé ce temps toujours si délicat de l'opération.

L'ouverture du ligament large et par conséquent la dissection de la tumeur devra être pratiquée tantôt en commençant du côté de l'utérus, tantôt du côté opposé, c'est-à-dire par la fosse iliaque ou le mésentère.

Il est difficile de préciser quel est le meilleur procédé; cependant l'opérateur sera guidé plus particulièrement par les considérations à tirer de l'accès plus ou moins facile de l'une des régions indiquées.

On peut établir toutefois que, dans un certain nombre de cas, il y aura avantage à agir d'abord du côté de l'utérus. Il existe là des vaisseaux volumineux qui souvent sont communs à l'utérus et au prolongement kystique; on aura soin alors de saisir largement la base de l'aileron avec de fortes et longues pinces. Deux de ces pinces placées parallèlement entre elles au bord de l'utérus permettront d'éviter toute perte de sang et de placer des ligatures sur les gros vaisseaux.

Le ligament large une fois entamé, la dissection de la tumeur sera soumise aux règles ordinaires de ce genre d'opération. Des ligatures seront placées sur les parties qui contiennent des vaisseaux volumineux ou qui paraissent donner du sang; mais l'expérience a démontré, à cet égard, qu'il est souvent préférable de disposer des pinces à forcipressure avant de pratiquer aucune ligature, de façon à terminer rapidement l'ablation de la tumeur.

Ordinairement, après une dissection plus ou moins longue ou laborieuse, on trouve le véritable pédicule de la tumeur plus ou moins englobé dans le ligament large, mais contenant des vaisseaux nourriciers volumineux. Ce pédicule sera traité d'après la méthode ordinairement adoptée, c'est-à-dire avec deux ou trois fils de soie très serrés et reliés ensemble comme les anneaux d'une chaîne.

Ainsi que je l'ai indiqué précédemment, on devra penser à la possibilité de la blessure de l'uretère pendant cette dissection, souvent très longue.

La dissection terminée, on est en présence d'une large plaie anfractueuse, à bords irréguliers et déchiquetés, constitués par les débris des ligaments larges. Cette plaie, variable d'étendue suivant le volume de la tumeur enlevée et la profondeur qu'occupait le

prolongement du kyste ovarien, mérite de nous arrêter un instant; car elle peut jouer un rôle capital dans les suites de l'opération, et sa présence est de nature à influencer beaucoup le pronostic de l'ovariotomie pratiquée dans ces conditions.

Si nous supposons en effet que tous les vaisseaux correspondant aux bords de l'utérus, aux feuillets du ligament large et même au tissu cellulaire ont été liés avec soin, nous serons assurés de l'hémostase complète de ce côté; nous n'aurons par conséquent rien à craindre. Mais il n'en reste pas moins une large surface sanguinolente, communiquant directement avec la cavité péritonéale et capable de donner dans cette cavité une quantité plus ou moins considérable de liquide. Celui-ci peut, sous une influence quelconque, devenir septique et entraîner rapidement des accidents graves du côté du péritoine, et le plus souvent la mort.

Ce simple exposé des inconvénients qui peuvent survenir par le fait de cette surface montre que les chirurgiens se sont toujours préoccupés de la façon dont ils devaient se conduire dans ce cas.

Les uns n'hésitent pas à proposer un moyen radical qui consiste à supprimer la surface saignante en réunissant aussi exactement que possible les bords de la solution de continuité au péritoine au moyen de sutures avec du catgut ou de la soie très fine; ils évitent ainsi tout suintement péritonéal.

Cette méthode n'a que l'inconvénient de prolonger beaucoup la durée de l'opération.

Le grand nombre des ligatures n'est pas un mal lorsqu'elles sont faites avec des substances absorbables ou bien tolérées, comme le catgut ou la soie phéniquée. Dans quelques cas cependant, des abcès profonds ouverts du côté du rectum ou du vagin ont été la conséquence de cette pratique; mais ces accidents n'ont fait que retarder la guérison définitive (Périer).

D'autres chirurgiens, considérant que le péritoine est une membrane douée d'une propriété d'absorption considérable et même indéfinie, déclarent que, lorsque l'hémostase est assurée, on peut laisser impunément une surface saignante assez grande en communication avec cette cavité. Mais alors ils ont soin de s'assurer aussi exactement que possible de l'antisepsie des surfaces et des liquides qui seront en contact avec la paroi du péritoine.

Plusieurs opérateurs se sont contentés de cette méthode, et j'ai moi-même laissé une surface assez étendue résultant de la décortication d'un kyste de cette nature en communication avec le péritoine sans avoir constaté la menace d'un accident. La longueur de l'opération et la crainte de voir la malade s'affaiblir considérablement pendant la

pose des sutures péritonéales m'avaient encouragé à agir de la sorte. Ma malade a parfaitement guéri.

A côté de ces deux méthodes différentes, ayant toutes deux pour but de ne laisser aucune ouverture à l'abdomen, il existe un autre moyen de parer aux accidents qui pourraient survenir par le fait de l'accumulation dans le péritoine d'une certaine quantité de liquide : c'est le drainage. Ce procédé radical est très rationnel, puisqu'il donne facilement issue au liquide; aussi a-t-il été employé et recommandé par un grand nombre de chirurgiens.

Le mode d'emploi du drainage a varié beaucoup entre les mains de ces opérateurs; mais on peut réunir sous trois chefs principaux les procédés d'application.

1° Souvent, un tube à drainage assez volumineux est disposé de façon à plonger entièrement dans le bassin, son extrémité inférieure étant en contact avec la partie saignante du péritoine, l'autre sortant à l'extérieur par l'angle inférieur de la plaie. Ce tube est provisoire; on l'enlève ordinairement après deux ou trois jours, aussitôt qu'on s'est assuré qu'il ne sort plus de liquide par son orifice extérieur.

Une précaution indispensable et très importante à prendre dans ce cas est de préserver l'orifice du tube de tout contact avec l'extérieur, dans la crainte d'introduire dans le péritoine des matériaux septiques. Aussi doit-on redoubler de précaution dans l'emploi des pratiques antiseptiques. On peut même ajouter qu'il existe, par ce fait, un danger spécial, car il est souvent difficile, dans cette région, à cause du voisinage du pubis et de la racine des cuisses, dont les mouvements déplacent facilement le pansement, d'obtenir une protection absolue de la plaie.

2° Le procédé le plus radical consiste à faire un drainage complet au moyen d'un tube qui perfore le cul-de-sac vaginal pour sortir par le vagin. L'écoulement des liquides se fait ainsi plus facilement par la partie déclive du cul-de-sac péritonéal. Mais ce moyen offre un inconvénient grave, qui est de laisser la cavité péritonéale en communication avec le vagin par l'intermédiaire du tube à drainage. Cette communication est une source de dangers, à cause de la difficulté qu'on éprouve à tenir cette région dans des conditions d'antisepsie complète. La durée de ce drainage est variable; cependant la plupart des chirurgiens qui y ont eu recours l'ont supprimé au bout de quelques jours, après s'être assurés que la plaie péritonéale ne donnait plus de liquide.

3° On pourrait, dans quelques cas, employer un procédé qui se trouve indiqué dans une observation de M. Péan (Thèse de Urdy, 1874, p. 56).

« Il s'agissait d'un kyste multiloculaire dont la base d'implantation est considérable : le kyste a dédoublé les deux feuillets du ligament large gauche et s'est développé presque entièrement dans l'excavation pelvienne, refoulant l'utérus en haut et en avant et comprimant fortement le rectum près de son extrémité inférieure. »

Après avoir enlevé la partie de la tumeur située dans l'abdomen, M. Péan se trouva en présence du reste de la tumeur infiltrée dans le ligament large. L'enveloppe du kyste était « coiffée à ce niveau par une coque fibreuse très épaisse, mais adhérant intimement à la vessie et au rectum. Il fallut donc énucléer la tumeur, tout en évitant que le liquide gélatineux qu'elle contenait se répandît dans la cavité péritonéale. Pour arriver à ce résultat, on dut placer de nombreuses pinces hémostatiques, principalement au niveau de la face antérieure du rectum.

« Le kyste étant enlevé, l'opérateur se trouvait en présence d'une vaste cavité anfractueuse allant jusqu'au fond du bassin; cette cavité était d'ailleurs limitée en haut par la coque fibreuse, qui formait comme une deuxième enveloppe à la masse aréolaire; au-dessus se trouvaient le péritoine et les anses intestinales. »

En prévision de la suppuration de cette cavité anfractueuse et saignante, « le vagin est traversé au niveau de son cul-de-sac postérieur par un long tube de caoutchouc, dont le bout inférieur sort par la vulve, le bout supérieur étant maintenu fixé entre les lèvres de l'incision (abdominale), au-dessus du pubis; la coque fibreuse dont nous avons parlé est à son tour attirée en avant et dispersée de façon à former comme une espèce de diaphragme entre la grande cavité abdominale et la poche qui remplit le petit bassin. »

On voit donc que M. Péan s'est servi des larges débris des feuillets du ligament large résultant de la décortication de la tumeur infiltrée pour constituer une cavité, située en dehors du péritoine et dans laquelle il fit un drainage vaginal. Il se mettait ainsi à l'abri des inconvénients du drainage intra-péritonéal.

Une semblable pratique serait possible lorsque les lambeaux du ligament large sont assez larges et assez épais pour former ainsi artificiellement, par leur soudure avec la paroi abdominale, une poche indépendante du péritoine.

Telles sont, en résumé, les différentes méthodes qui ont été employées dans les cas de décortication d'un kyste inclus dans le ligament large, l'opération laissant à sa suite une plaie anfractueuse d'une étendue variable.

Il serait intéressant de rechercher celle qui mérite d'être recommandée; mais il est difficile de donner une règle absolue et s'appli-

quant à tous les cas, d'autant plus que les différents moyens employés ont donné chacun des résultats excellents. Une statistique, d'ailleurs difficile à établir, ne pourrait éclairer la question. Je me contenterai donc d'indiquer le procédé qui me semble le plus rationnel.

Ce procédé consiste à suturer, autant que possible et très exactement, les bords de la solution de continuité de façon à supprimer toute surface saignante.

Tous les faits publiés, tous les essais sur la tolérance des sutures nous prouvent que c'est là le moyen le meilleur et le plus sûr contre la septicémie résultant souvent de l'accumulation des liquides.

Cependant, quand l'état de l'opérée, déjà fatiguée par une anesthésie prolongée, ne permet pas de pratiquer cette série de sutures, je n'hésiterais pas à employer le moyen que j'indiquais tout à l'heure et que je recommande : hémostase parfaite et abandon de la surface saignante sans sutures et sans drainage. Cette dernière précaution ne semble en effet pas indispensable quand toutes les autres conditions de l'antisepsie ont été observées; elle pourrait même devenir dangereuse en permettant à quelque matière nuisible de s'introduire dans le péritoine.

2° *La tumeur infiltrée du ligament large a pris des connexions intimes avec l'utérus ou les parois du bassin ou même avec l'intestin.* — Nous venons de voir quelles sont les difficultés que présente, à l'opération, la décortication d'un kyste infiltré dans le ligament large. Mais il existe des cas malheureusement très nombreux dans lesquels les connexions de la tumeur avec l'utérus ou la vessie sont telles qu'il est impossible ou très difficile de séparer les parties.

La vessie, entraînée en haut, comme nous l'avons vu, est adhérente par sa face postérieure, et le prolongement que forme son extrémité supérieure peut remonter assez haut derrière la paroi abdominale pour que cette portion coure le risque d'être blessée dès le commencement de l'opération.

Les adhérences avec l'utérus sont souvent plus intimes encore que les précédentes. La corne de cet organe et son bord se trouvent enclavés dans la tumeur qui les contourne et contracte avec eux des connexions très marquées. Dans ce cas, des vaisseaux nombreux et volumineux, artères ou veines, sont communs aux parties adhérentes et rendent la séparation, sinon impossible, au moins très périlleuse.

Aussi quelques chirurgiens, en présence de ces rapports étroits, résolus à terminer quand même leur opération, ont-ils enlevé une partie plus ou moins considérable de l'utérus. Ils ont ainsi transformé leur opération en une ovariotomie compliquée d'hystérectomie.

Lorsque la tumeur, en se rapprochant du bord du détroit supérieur, s'est mise en contact avec les vaisseaux iliaques, ceux-ci contractent également de ces adhérences avec la paroi. Toute dissection devient alors très dangereuse et doit même être abandonnée, pour éviter les risques d'une hémorrhagie grave par ouverture ou déchirure de la veine ou de l'artère iliaque.

Dans un cas de ce genre, j'ai trouvé des connexions si intimes entre la tumeur et les vaisseaux que ceux-ci semblaient s'être creusés des gouttières dans l'épaisseur de la tumeur.

La même disposition peut exister lorsque le prolongement a lieu du côté de la partie postérieure du bassin et dans l'épaisseur du ligament large.

Le gros intestin peut également être le siège d'adhérences semblables.

En général, ces connexions intimes qui compliquent le manuel opératoire se rencontrent lorsque le prolongement de la tumeur est déjà volumineux, surtout quand la maladie est ancienne. L'opération prend alors une gravité spéciale, qui tient d'une part à la difficulté ou à l'impossibilité de détruire les adhérences, d'autre part à la formation d'une très grande plaie quand on a la chance de pouvoir tout enlever.

Ces deux raisons engagent certains auteurs qui ont écrit sur ce sujet, tels que Kaltenbach, etc., à déclarer que, pour eux, il est préférable de ne pas tenter quand même l'ablatation totale, qui fait courir trop de risques, mais qu'il vaut mieux laisser une partie de la tumeur dans l'abdomen et chercher la guérison après suppuration.

Il est arrivé à plusieurs chirurgiens de commencer cette décortication sans pouvoir la pousser jusqu'au bout. Une partie du kyste fut alors abandonnée après qu'on eut assuré par le drainage l'écoulement des liquides. Mais alors les conditions étaient moins favorables que si, dès le début, on avait eu sans hésiter recours à ce dernier moyen. On eût ainsi évité ces dissections intra-abdominales qui laissent des plaies saignantes et peuvent être le point de départ soit de la septicémie, soit de phlegmons tardifs.

En résumé, quand le volume du prolongement enclavé dans le ligament large, quand l'ancienneté de la tumeur et sa fixation aux parties voisines font craindre que les connexions ne puissent être détruites sans danger, il est préférable de se résoudre à une opération incomplète en laissant une partie du kyste dans la plaie.

Cette détermination, toujours sérieuse, puisqu'on laisse forcément la malade dans des conditions relativement mauvaises pour la guérison, ne peut être prise que lorsque le chirurgien s'est bien pénétré,

par un examen approfondi de la région, des difficultés qu'il rencontrera et des risques immédiats ou prochains qu'il peut faire courir à son opérée.

Lorsque l'opération ne peut être terminée et qu'une portion du kyste doit être abandonnée, il peut se présenter deux circonstances différentes :

Dans l'une, la dissection de la tumeur a été assez avancée pour qu'une partie seulement reste adhérente à l'utérus ou à la vessie. Comme il ne serait pas prudent de chercher à rompre quand même ces adhérences trop tenaces, ni d'enlever l'organe, même lorsqu'il s'agit de l'utérus, certains auteurs ne craignent pas de laisser en place un morceau de la paroi de la tumeur. Ils enlèvent tout ce qu'il leur est possible d'enlever; il reste une plaque relativement peu étendue en contact avec l'utérus ou la vessie. Cette partie est abandonnée dans l'abdomen après cautérisation au fer rouge. On n'a pas constaté d'accidents (Tillaux).

Cette circonstance relativement favorable se rencontre rarement et seulement dans le cas de prolongements peu étendus. Aussi est-on obligé ordinairement de laisser une portion plus ou moins considérable du kyste.

Dans l'autre il peut se présenter des conditions telles qu'on ne peut enlever aucune portion du kyste et qu'on est obligé de refermer la plaie abdominale (Polaillon, *Soc. de chir.*, 4 juin 1883).

Le principe opératoire qui domine alors consiste à souder les bords de la partie restante du kyste aux bords de l'incision abdominale aussi exactement que possible, et à faciliter l'écoulement des liquides purulents qui pourraient être produits.

Cette dernière portion de l'opération demande à être étudiée avec quelques détails. J'indiquerai ensuite quels sont les suites et les résultats ordinaires de cette opération incomplète.